

Proszowice, dnia

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO:

ADRES ZAMIESZKANIA:

TEL. KONTAKTOWY:

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

DANE PACJENTA, KTÓREGO DOTYCZY DOKUMENTACJA:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NAZWISKO I IMIĘ:

ADRES ZAMIESZKANIA:

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA:*

- wgląd w siedzibie szpitala,
- sporządzenie wyciągu, odpisu, kopii lub wydruku,
- wypożyczenie oryginału, z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu,
- za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej,
- na informatycznym nośniku danych

OŚWIADCZAM, ŻE DLA PACJENTA JESTEM:**

- przedstawicielem ustawowym (np. rodzic, rodzic zastępczy itp.) WPISAĆ; JAKIM:.....
- osobą upoważnioną przez pacjenta - upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej pacjenta
- osobą upoważnioną przez pacjenta zgodnie z upoważnieniem udzielonym w innej formie

SPOSÓB ODBIORU DOKUMENTACJI:*

- odbiór osobisty
- przesyłka pocztą

ZAKRES DOKUMENTACJI, O KTÓRĄ WNIOSKUJE WNIOSKODAWCA:*

- Historia choroby z pobytu w szpitalu –nazwa oddziału..... Data pobytu.....
- Kartoteka z poradni..... Data wizyty:.....
- Inna.....

W związku z żądaniem udostępnienia dokumentacji medycznej w zakresie oraz formie określonych powyżej po raz pierwszy przysługuje mi prawo otrzymania tej dokumentacji bezpłatnie.

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że w dniu składania niniejszego wniosku nie posiadam wiedzy o sprzecznie innej osoby bliskiej na udostępnienie tej dokumentacji (zgodnie z art. 26 ust 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) pod rygorem odpowiedzialności karnej.**

.....
Data i czytelny podpis wnioskodawcy

POTWIERDZAM ODBIÓR DOKUMENTACJI

Seria i numer dokumentu tożsamości osoby odbierającej dokumentację

Liczba stron

Nr kwitu KP

.....
Data i czytelny podpis osoby odbierającej dokumentację

***Właściwe zaznaczyć**

**** Wypełnić w przypadku, kiedy wnioskodawca nie jest pacjentem**

***** Wypełniać w przypadku śmierci osoby bliskiej**